DES MALADIES

N.° 45.

DES FEMMES EN COUCHE,

OBSERVÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS PENDANT L'ANNÉE 1820;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 avril 1821, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR MARC-FRANÇOIS MOREAU, de Paris,

Département de la Seine;

Bachelier ès-lettres; Chirurgien interne de 1.re classe de l'hôpital St.-Louis; ex-Chirurgien militaire, et Elève de l'Ecole pratique.

Ars tota in observationibus.
BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1821.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, DOYEN.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN, *Examinateur.*
M. ORFILA, *Examinateur.*
M. FOUQUIER, *Président.*
M. ROUX, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET A MA MÈRE.

Comme un témoignage d'amour filial.

A M. SCHŒLCHER,

Négociant.

A MON PREMIER MAÎTRE,

P. THIERRY,

Docteur en Chirurgie; Chirurgien du Roi; Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., etc.

Gage public de respect et de reconnaissance.

M. F. MOREAU.

INTRODUCTION.

Le mécanisme de la pensée a été si souvent observé, qu'il est aujourd'hui très-facile de bien raisonner ou de savoir pourquoi les hommes raisonnent mal.

L'esprit ne peut appliquer ses opérations que sur des matériaux de raisonnement, et ces matériaux ne donnent que certains produits au-delà desquels tout appartient à l'imagination, au-delà desquels par conséquent tout est hors du domaine des sciences.

Les théories sont les produits naturels de ces matériaux, lorsqu'ils sont élaborés par des esprits justes. Ce sont des faits généralisés, aussi vrais que les faits particuliers dont ils découlent, dont ils ne sont que l'expression abrégée.

La théorie ne venant qu'après l'expérience, n'en étant que l'expression, comment se fait-il que nous ayons si peu de bonne théorie en médecine, et qu'à chaque pas que nous faisons dans l'étude de cette science divine,

nous soyons sans cesse arrêtés par des assertions trop générales, je veux dire par de fausses théories?

La cause la plus générale de ces erreurs est dans la tendance naturelle de notre esprit à généraliser trop hâtivement nos idées.

L'histoire de toutes les sciences nous donnerait des exemples à l'appui de cette assertion. La médecine en particulier nous en offrirait un grand nombre. Nous nous contenterons de citer ceux qui se rapportent au sujet que nous allons essayer de traiter.

En 1780, *Doulcet*, et après lui *Doublet*, ayant traité les femmes en couche par une seule méthode qui eut du succès, en déduisirent des conséquences forcées, jusqu'à établir une *fièvre puerpérale*, maladie *sui generis*, laquelle attaquait exclusivement les femmes nouvellement accouchées; enfin toutes celles qui étaient malades n'avaient que la fièvre puerpérale. C'était, comme on voit, rétrécir singulièrement l'horizon; c'était donner à la science les limites de l'observation propre à deux médecins qui avaient observé dans le même lieu, dans le même temps, et sous l'influence de la même constitution.

Mais cette méthode, qui avait réussi dans des cir-

constances données, n'eut pas le même succès en d'autres temps, en d'autres mains..... L'existence de la fièvre puerpérale, tenant précisément à cette méthode curative, il fallut créer, si je puis parler ainsi, un autre genre de maladie qui pût s'accommoder à la nouvelle méthode de traitement. Alors parut l'opinion de *Bichat* sur cette maladie, opinion déjà riche des travaux de notre célèbre *Pinel*, et qui fit incessamment le sujet d'un acte public soutenu à l'Ecole de médecine de Paris par M. le docteur *Gase*. Développée avec tout le talent de l'auteur, cette thèse donna aux esprits une direction trop exclusive, on ne vit plus que péritonite dans les maladies des femmes en couche; on ne chercha plus que les nuances de cet état inflammatoire; on rejeta fort loin l'idée de toute cause prochaine qui pût produire cette inflammation, et le mot *péritonite puerpérale* vint remplacer l'expression trop absolue qui l'avait précédée..... Eh! comment les hommes éclairés qui propagèrent cette doctrine ne virent-ils pas qu'ils tombaient dans le même abus que ceux de leurs prédécesseurs qui avaient admis la fièvre puerpérale?

Que pouvaient leurs observations contre celles de *Doublet* et de *Doulcet*, observations faites dès 1777 par le célèbre *Stoll* à Vienne? Comment ne voyaient-ils pas

que le champ s'agrandissait par leurs travaux, au lieu de changer seulement de position?

Voilà, je pense, un exemple bien frappant de la direction fausse qu'un antécédent peut donner à notre esprit. Il était facile de prouver qu'il n'y avait point de fièvre puerpérale, que les femmes en couche n'étaient point sujettes à une maladie *sui generis* n'appartenant qu'à elles : on le fit, mais on dépassa le but ; et à la fièvre établie par *Doulcet* on substitua la péritonite puerpérale.

Placé dans des circonstances assez favorables pour observer les maladies qui affligent les femmes en couche, je n'ai jamais remarqué qu'elles eussent une maladie spéciale, mais bien que leurs affections étaient modifiées par l'état puerpéral, et présentaient en général le caractère de la constitution régnante.

Mon intention n'est pas de traiter en cette occasion de la pathologie des femmes en couche. Je sais trop qu'un travail de ce genre demande un plus grand nombre de faits, observés dans le cours d'un plus grand nombre d'années, pour arriver rigoureusement à un résultat aussi général. Je me contenterai donc de présenter à la savante Faculté de Paris quelques-unes des observations les plus curieuses, que j'ai recueillies au lit

des malades pendant l'année 1820. Elles auront surtout le mérite d'être vraies. M. *Lugol*, dont je me glorifierai toujours d'avoir été l'élève pendant les deux dernières années de mes études médicales, en me permettant de publier ces faits, a voulu qu'ils fussent rédigés avec le même scrupule que nous avons mis à les observer. Les observations, a dit *Zimmermann*, doivent être faites avec sincérité, quand même cette sincérité conduirait à mille doutes. Elles doivent contenir déterminément ce que le médecin a vu, et comment il l'a vu, afin que ceux qui viendront après lui puissent voir la même chose, ou plus avant, ou corriger ce en quoi il a manqué par quelque raison que ce puisse être.....

J'ai joint à chaque observation quelques réflexions. Elles servent parfois à unir entre elles les faits qui précèdent et ceux qui suivent; parfois aussi elles donnent la raison du traitement qui fut suivi.

Peu riche de faits, trop jeune d'expérience, je serai sobre de considérations générales, et je n'entreprendrai pas l'histoire dogmatique de mon sujet. Comme dans les premiers temps de la médecine d'observation, je me borne à venir inscrire quelques faits sur les colonnes du temple d'Epidaure. Ce sont des tables votives qui me rappelleront

toujours dans quels principes j'ai fait mes premiers pas dans la carrière, principes auxquels sont dus tous les progrès de la médecine, et tous ceux dont elle est susceptible.

DES MALADIES

DES FEMMES EN COUCHE,

OBSERVÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS PENDANT L'ANNÉE 1820.

PREMIÈRE PARTIE.

Sommaire des observations faites sur les femmes en couche, à l'hôpital Saint-Louis, pendant l'année 1820.

PENDANT le premier trimestre, vingt-une femmes accouchèrent à l'hôpital Saint-Louis. Chez quinze de ces femmes, des embarras gastriques vinrent retarder la convalescence. Presque tous se déclaraient après la fièvre de lait; tous furent traités par les délayans laxatifs, plusieurs par les vomitifs et les purgatifs, et constamment avec succès.

Nous eûmes occasion d'observer deux péritonites. La première, chez un sujet vigoureux, sanguin, avorta, dès son début, par l'application des sangsues sur l'abdomen. La seconde se déclara chez

une jeune fille d'une faible constitution, laquelle, après avoir suivi pendant quatre mois un traitement antivénérien, subit, peu de temps avant son accouchement, la résection de deux énormes tumeurs vénériennes prenant naissance des grandes lèvres. Les plaies, résultat de cette opération, qui fut longue et douloureuse, n'étaient pas encore cicatrisées lors de l'enfantement. Des douleurs sourdes dans l'abdomen, une diarrhée très-intense, une faiblesse extrême, furent les seuls symptômes que nous observâmes pendant huit jours. Elle succomba. Le péritoine était phlogosé, et sa cavité le siége d'un épanchement. En analysant cette observation, notre intention a été de faire remarquer que, lorsqu'une phlegmasie se déclare chez un sujet affaibli par une cause quelconque, le prognostic est très-fâcheux.

Durant le deuxième trimestre, il se fit dix-sept accouchemens, à la suite desquels nous observâmes deux fièvres bilieuses (l'émétique, les délayans, les laxatifs et les purgatifs en procurèrent la guérison); une péritonite après un accouchement terminé avec le forceps; une métrite terminée par suppuration; et une hémiplégie après une fièvre intermittente. Nous avons donné l'histoire de ces trois maladies, n.os 6, 8 et 9.

Chez la plupart des autres accouchées, il se manifesta, surtout pendant le mois de juin, des symptômes bilieux, tels que l'anorexie, l'amertume de la bouche, la teinte jaune de la face, la chaleur âcre de la peau, la constipation. Rarement on eut recours à l'émétique; les délayans laxatifs, la plupart du temps, étaient suffisans pour dissiper cet appareil de symptômes.

Il ne se fit que quinze accouchemens dans le cours du troisième trimestre. Nous perdîmes deux femmes à la suite de péritonites: nous publions ces deux observations. Les treize autres accouchées n'éprouvèrent que des accidens peu graves, tels que de légères coliques, la constipation, la céphalalgie. Une d'elles éprouvait de temps en temps de vives douleurs dans les lombes et dans l'hypogastre; plus vives pendant la nuit, elles ne cessaient que lors de

l'expulsion par le vagin d'un petit caillot sanguin. Ce phénomène se renouvela quatre fois en un mois. Le repos, la diète peu sévère, firent cesser ces accidens.

Pendant le dernier trimestre, il y eut dix-sept accouchemens. Trois femmes furent affectées de péritonite. Traitées toutes trois par les évacuations sanguines et les laxatifs, une seule succomba : c'est la nommée Leduc, dont nous rapportons l'histoire, n.° 2. Une quatrième nous offrit une perte fort abondante avant l'accouchement, qui continua encore trois jours après. La malade était comme anémique, lorsqu'on pratiqua une seconde et enfin une troisième saignée du bras pour arrêter cette métrorrhagie, qui cessa en effet, et fut bientôt suivie du rétablissement général.

Il est à remarquer que chez ces trois premières femmes l'accouchement avait été très-simple, et toutes trois ont éprouvé de graves accidens. Mettons en opposition deux autres femmes. Chez l'une, l'accouchement a lieu dans une voiture publique ; le cordon se rompt près de son insertion au placenta. Cette femme arrive à Saint-Louis, après avoir fait une lieue et demie exposée aux secousses d'une voiture mal suspendue. Le col de l'utérus est très-contracté ; on opère la délivrance artificielle : huit jours après, elle sort en parfaite santé, sans avoir éprouvé le plus léger accident. La seconde, ayant le bassin vicié, fut accouchée avec le forceps. Elle éprouva, pendant une demi-heure que dura l'opération, des douleurs extrêmement vives, et cependant le rétablissement assez prompt ne fut pas seulement accompagné du plus léger trouble dans les fonctions.

Pendant ce trimestre, nous observâmes, chez quelques femmes, des symptômes catarrhaux et de la constipation ; mais, en général, ces phénomènes furent très-légers.

Avant de passer aux observations particulières qui forment la seconde partie de ce travail, nous allons donner un résumé général d'un tableau que nous avons fait sur les accouchemens pendant l'année 1820.

Résumé des maladies qui se sont déclarées après l'accouchement.

Péritonites.....	8	terminées par la santé....	3
		——— par la mort....	5
Métrite.....	1	——— par la mort....	1
Métrorrhagie.....	4	avant l'accouchement....	3
		après.....	1
Hémiplégie.....	1	.....	1
Fièvres bilieuses.....	2	terminées par la santé....	2
Embarras gastriques, constipations, etc...	54	terminées par la santé....	54
	70		70

Le nombre des morts est d'un dixième.

SECONDE PARTIE.

Observations particulières.

I.re OBSERVATION.

Péritonite puerpérale aiguë terminée par la santé.

Licot, âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament sanguin, acoucha de son premier enfant à l'hôpital Saint-Louis le 30 novembre 1820. L'accouchement, très-simple, fut précédé d'une ménorrhagie assez abondante, qui cessa immédiatement après.

1.er décembre. Quelques douleurs dans les cuisses, le pouls un peu fébrile, libre écoulement des lochies. A onze heures du soir, frissons avec tremblemens violens, suivi de chaleur et de sueurs abondantes; léger assoupissement; l'abdomen commence à devenir douloureux.

2.e jour. La région hypogastrique est très-douloureuse à la pression, les lochies sont peu abondantes; pouls plein, fort, développé à cent huit pulsations; toux sèche, augmentant la douleur du ventre; céphalalgie, face colorée; langue blanche, humide. (Orge oxymel.) Dans l'après midi, paroxysme assez fort, avec augmentation des douleurs abdominales. On prescrivit une saignée du pied qui ne put être pratiquée, les malléoles étant légèrement œdématiées. On essaya de remplacer la saignée par l'application de dix-huit sangsues à chaque pied.

3.e jour. Les douleurs, bornées la veille à la région hypogastrique, se sont étendues vers l'ombilic, et sont devenues plus vives; le ventre est gonflé et tendu, les lochies paraissent à peine, le pouls, à cent douze pulsations, est toujours fort et plein; face jaunâtre, yeux abattus, légère céphalalgie. (Vingt sangsues à la vulve, sans amélioration sensible.) Le soir, même état, paroxysme assez intense (large saignée du bras), peu de sommeil pendant la nuit.

4.e jour. Les douleurs abdominales sont très-calmées, plus de céphalalgie, le pouls encore assez plein ne bat plus que quatre-vingt-huit fois par minute. La malade se trouve beaucoup mieux. Le soir, point de paroxysmes, sommeil pendant la nuit.

Dès-lors Licot fut regardée comme convalescente : les urines devinrent abondantes et déposèrent un sédiment grisâtre, l'appétit reparut. Cependant les lochies ne coulaient plus; le pouls roide, battait quatre-vingt-seize à cent fois par minute, et un léger redoublement se manifestait le soir; toute l'économie présentait quelque chose d'insolite, qui nous jetait dans un état d'incertitude qui cessa le neuvième jour, lorsque, la malade nous accusant de la douleur dans la jambe gauche, nous reconnûmes qu'il existait à la partie antérieure et inférieure de ce membre un abcès dont on fit l'ouverture, ce qui donna issue à quelques onces d'un pus séreux. Dès-lors la convalescence s'établit franchement; cependant les forces ne revinrent que lentement, et Licot sortit en parfaite santé dans le milieu de janvier.

Quelle est la cause de cette péritonite? nous l'ignorons. Les lochies devinrent moins abondantes après l'invasion du frisson, qui marqua le début de la phlogose péritonéale. La diminution de l'écoulement lochial détermina à faire pratiquer une saignée du pied, dans le double but de diminuer la masse du sang, et de rétablir cette évacuation. On a vu dans l'observation pourquoi elle fut omise, et quel moyen fut employé pour la remplacer.

La douleur bornée à l'hypogastre, la fréquence et la plénitude du pouls firent pencher d'abord à admettre une métrite commen-

çante ; mais dès le lendemain, à l'extension de la douleur, à la tuméfaction de l'abdomen, on reconnut la phlogose du péritoine, et l'on attribua la force et le développement du pouls au tempérament sanguin de la malade. Tout indiquait la saignée générale : elle fut pratiquée, et la cessation presque subite des accidens en fut le résultat.

Le phlegmon, qui, après la résolution de la péritonite, a suffi pour entretenir un mouvement fébrile, paraît avoir été causé par l'application des sangsues aux pieds. On ne peut le regarder comme un dépôt laiteux ; car les accidens n'ont point empêché la sécrétion du lait, et Licot a pu allaiter.

Nous ferons remarquer que l'emploi des sangsues, rarement suivi d'accidens locaux en toute autre partie, détermine fréquemment, étant appliquées aux jambes, des érysipèles, des phlegmons, etc. Ce fait, que nous avons eu souvent occasion d'observer, se sera probablement offert à plus d'un praticien, surtout maintenant que cette médication est plus usitée que jamais.

Dans cette observation, nous avons vu la péritonite se déclarer avant la fièvre de lait ; nous allons, dans la suivante, la voir survenir après cette même fièvre de lait, la sécrétion de ce liquide se continuer, la lactation avoir lieu sans que l'issue de la maladie soit cependant heureuse.

II.e OBSERVATION.

Péritonite puerpérale aiguë terminée par un épanchement, et la mort au neuvième jour.

Leduc, Émilie, âgé de vingt-cinq ans, tempérament sanguin, cheveux bruns, constitution vigoureuse, accoucha très-facilement de son premier enfant, le 4 novembre 1820 ; la journée fut très-calme ainsi que la nuit.

Le 5 au matin, elle était très-bien ; les lochies étaient établies.

Vers trois heures du soir, frisson général assez intense, suivi de chaleur et de sueur de peu de durée. La nuit fut tranquille.

Le 6, 2.e jour. Coliques passagères, douleurs sous-ombilicales, respiration courte, gênée; pouls fréquent, assez fort; face colorée, céphalalgie légère, battement sensible des carotides, langue chargée, mais humide; soif vive, chaleur sèche et âcre de la peau, libre écoulement des lochies, légère diarrhée. (Hydromel, foment. émoll., diète.) Dans la journée, sans cause connue, suppression des lochies, les douleurs abdominales augmentent; le soir, paroxysme, avec coloration plus forte de la face, respiration plus gênée, pouls plus fréquent. (Vingt sangsues à la vulve rappellent l'écoulement lochial.

3.e jour. Les douleurs abdominales persistent; la pression, la toux, les mouvemens du tronc les augmentent; respiration fréquente, pouls assez plein (112 puls.); les lochies fluent parfaitement, céphalalgie du côté gauche, tendance à l'assoupissement, face très-colorée, la diarrhée continue et fatigue beaucoup la malade. (Hydr., saignée du pied, foment. émoll.) Après la saignée, Leduc se trouva mieux, les douleurs abdominales diminuèrent; vers le soir frisson léger, moiteur générale; et la nuit fut très-mauvaise, le ventre devenant plus douloureux.

4.e jour. Douleurs à l'hypogastre augmentant par la pression; pouls à 112, très-faible; pas de chaleur à la peau; les lochies coulent très-bien, et la diarrhée continue (bains de siége, foment. émoll.); un peu de mieux dans la journée. Le soir, sueurs générales uniformes; vomissemens spontanés, pouls fréquent, irrégulier (vésicatoire à chaque cuisse). La nuit est très-mauvaise; les vomissemens continuent avec de vives douleurs dans l'abdomen.

5.e jour. Langue moins chargée, pouls fréquent, irrégulier, intermittent; la malade accuse éprouver moins de douleur dans le ventre que la veille. (Hydromel, bains de siége.) Dans la journée, paroxysme léger, suivi de la suppression des lochies. Dix sangsues

appliquées le soir à la vulve font reparaître cette évacuation. Délire momentané pendant la nuit.

6.e jour. Même état que la veille, altération plus grande des traits de la face, qui, quoique colorée aux pommettes, présente une légère teinte jaune répandue sur les ailes du nez ; vomissemens fréquens et spontanés de liquide verdâtre très-amer; le lait n'a pas quitté les mamelles, et l'enfant tète bien. Dans la journée, léger paroxysme; le soir, suppression des lochies sans augmentation des douleurs abdominales ; pendant la nuit, insomnie causée par des douleurs assez fortes dans le dos.

7.e jour. Peu de douleurs dans le ventre, mais la respiration est courte et très-gênée, les douleurs dans le dos persistent; elles sont plus fortes pendant les efforts de toux; pouls petit, faible, irrégulier, intermittent (88 puls.) ; quelques vomissemens bilieux, affaissement des traits de la face, pas de lochies, une seule selle pendant le jour. (Bourrache miellée. Julep béch., laudan 15 gouttes, ventouses sur les mamelles, vésicatoires sur les côtés de la poitrine.) Pas d'exacerbation dans la journée ni le soir.

8.e jour. Cessation des douleurs thoraciques ; la respiration toujours accélérée ; le pouls offre les mêmes caractères que la veille, mais il bat 120 fois par minute ; quelques nausées sans vomissemens, langue rouge, humide; urines rouges, épaisses, non-sédimenteuses ; affaiblissement général. (Lim. vin, julep. béch., laud.) Vers minuit, exacerbation suivie d'assoupissement.

9.e jour. Respiration bruyante très-gênée ; les inspirations profondes sont suivies de courtes expirations ; l'abdomen ne paraît être le siége d'aucune douleur ; il supporte bien la pression ; décubitus sur le dos, impossible sur les côtés ; traits de la face affaissés, coloration veineuse des pommettes et des lèvres, qui sont sèches ; les extrémités sont froides. Leduc était dans un état de somnolence continuel dont on la tirait très-facilement ; elle se mettait alors très-bien en rapport avec nous, et disait n'éprouver aucune douleur et n'être que faible. L'état de somnolence se continua jusqu'au mo-

ment de la mort, qui eut lieu paisiblement à onze heures du matin.

Ouverture du corps. —*Habitude extérieure.* Face un peu violette; tout le corps bien développé; les mamelles laissent écouler du lait par leur section. *Abdomen :* plusieurs litres de sérosité lactescente sont épanchés dans la cavité péritonéale. Ce liquide est troublé par une grande quantité de flocons purulens. Une couche purulente verdâtre recouvre toute la surface libre du péritoine; elle s'enlève facilement, et laisse apercevoir cette membrane rouge en plusieurs endroits. Sur le tube digestif, l'injection se prononce par bandes longitudinales de quatre à six lignes de largeur, qui tranchent fortement avec le blanc perlé de l'intestin. Le grand épiploon est aussi très-injecté, et partout le péritoine a perdu sa transparence et acquis plus d'épaisseur. Le canal intestinal n'offre aucune altération de sa membrane interne, qui est enduite d'une couche assez épaisse de bile noirâtre dans ses deux tiers supérieurs, jaune verdâtre dans son tiers inférieur. L'estomac contient aussi beaucoup de fluide bilieux. L'utérus, un peu plus volumineux que dans l'état ordinaire, est sain; les trompes, les ovaires sont fortement enflammés, et l'ovaire droit est le siége de plusieurs foyers purulens. Le foie, très-volumineux, s'élevant au niveau de la cinquième côte sternale droite, offre un commencement d'état adipocireux. *Poitrine :* à droite, adhérences légères et récentes des surfaces contiguës des plèvres au moyen d'une matière glutineuse filante, blanchâtre; à gauche, les adhérences sont anciennes et organisées. Les deux plèvres sont très-injectées, et les poumons très-sains. *Tête :* les vaisseaux cérébraux un peu gorgés de sang.

Ici, comme chez Licot, nous voyons les symptômes de la péritonite précéder la suppression des lochies; encore ne fut-elle que de courte durée. Les sangsues à la vulve rappelèrent cet écoulement, qui cependant cessa de nouveau le cinquième jour. Les observations suivantes nous feront voir que, le plus ordinaire-

ment, la disparition des lochies est plutôt effet que cause dans la péritonite puerpérale. Cette malade a été traitée d'après les mêmes principes que le sujet de l'observation qui précède : les saignées locales et générales furent employées, et cependant elles ne furent pas suivies du même succès. Il est vrai qu'il y avait de plus, chez Leduc, une vive inflammation des ovaires, foyer d'irritation qui a augmenté la gravité de la maladie; mais je crois qu'il existait aussi complication avec un état bilieux indiqué par la diarrhée, la chaleur sèche et âcre de la peau, la céphalalgie, les vomissemens, et l'état du tube digestif. Il est probable que la méthode délayante et évacuante, combinée avec les saignées locales et générales, eût obtenu plus de succès que le traitement qui fut mis en usage.

M. *Lugol*, que j'ai vu fréquemment employer cette méthode mixte avec succès, nous dit qu'il ne l'avait pas appliquée dans l'espèce, parce que les symptômes inflammatoires avaient été trop prononcés au début de la maladie; et que sur la fin, quoique l'abondance et la nature des matières rejetées par le vomissement ne permissent pas de regarder ce dernier symptôme comme purement sympathique, il n'avait cependant pas cru devoir faire vomir la malade, parce qu'il pensait que déjà la désorganisation du péritoine était commencée.

Quoique la sécrétion laiteuse ait continué, il s'est fait dans l'abdomen un épanchement considérable de cette sérosité lactescente, regardée par plusieurs médecins comme du lait ayant subi seulement quelque altération : cette observation ne prouve pas en faveur de leur opinion. Cependant, en raisonnant physiologiquement, on ne peut se refuser à admettre que les matériaux destinés à la sécrétion du lait sont pour quelque chose dans les épanchemens et les abcès des nouvelles accouchées. Ce qu'il y a de certain, c'est que, toutes choses égales d'ailleurs, ces épanchemens sont plus considérables que ceux qui surviennent dans une péritonite non compliquée de l'état puerpéral. La raison de cette différence

dans la quantité des liquides épanchés paraît devoir être attribuée à la plus grande abondance de fluides, au tempérament plus humide que présente l'économie des femmes enceintes et en couche. Une nouvelle sécrétion va commencer; les matériaux immédiats du lait existent déjà probablement..... Qu'une cause quelconque détourne ces matériaux de leur direction primitive, ils aboutiront fortuitement sur une surface qui devait leur être étrangère, et deviendront ainsi la cause matérielle d'une maladie grave.

Mais n'anticipons pas. Contentons-nous de faire remarquer seulement la quantité plus considérable et l'apparence laiteuse des épanchemens qui ont lieu dans la péritonite puerpérale.

Nous allons voir, dans l'observation suivante, une pleurésie déterminée par la suppression des lochies, et peut-être de la sécrétion laiteuse; pleurésie qui, pendant la vie, ne fut nullement soupçonnée.

III.e OBSERVATION.

Pleurésie puerpérale aiguë terminée par épanchement et la mort.

La nommée Gouin, Désirée, âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament sanguin, eut deux accouchemens à terme, et fit trois fausses couches. Enceinte pour la sixième fois, elle accoucha à la Maternité le 21 septembre 1820, et en sortit le 27. Elle se portait très-bien, et les lochies fluaient encore le 31. Un homme ivre vint tomber auprès d'elle : elle éprouva une vive frayeur, et leur écoulement fut supprimé. Le lendemain, et jours suivans, douleurs dans les lombes, plus vives à gauche qu'à droite, s'étendant dans la région dorsale; gêne de la respiration, coliques, nausées, suppression des lochies et de la sécrétion laiteuse; constipation. Le soir, léger frisson suivi de sueurs copieuses; insomnie.

Plongée dans la plus affreuse misère, dénuée de secours, cette malheureuse femme nous fut amenée presque nue par un temps très-froid. Le 4 octobre, cinquième jour depuis la suppres-

sion des lochies, elle nous offrit l'ensemble de symptômes suivans : douleurs excessivement vives dans les lombes et le dos, douleur obtuse derrière l'extrémité inférieure du sternum, n'augmentant pas par la pression ; respiration gênée, entrecoupée ; abdomen tendu, non douloureux ; face peu altérée, colorée ; lèvres sèches, bouche pâteuse, amère, très-sèche ; langue blanchâtre, nausées ; peau chaude, pouls petit, faible, offrant cent vingt pulsations par minutes ; constipation depuis trois jours. (Hydromel, lavemens émolliens qui procurent des selles abondantes, après lesquelles le ventre devient souple.)

Le soir, paroxysme assez fort ; sueurs copieuses, précédées de frisson. (Trente sangsues à la vulve.) Après l'exacerbation, vers minuit, écoulement abondant de sang.

6.e jour. La douleur des lombes est diminuée, mais la respiration est toujours un peu gênée ; pouls à cent vingt ; la face moins colorée, teinte jaunâtre légèrement répandue sur la conjonctive et les ailes du nez ; pas de lochies ; les seins sont gonflés et douloureux. (Hydromel, lavemens émolliens.) Dans la journée, selles noirâtres copieuses.

Le soir, paroxysme moins intense, sans frisson ; sueurs abondantes la nuit.

7.e jour. Respiration moins gênée ; douleur très-légère des lombes : celle qui existait derrière le sternum persiste toujours ; le pouls n'offre plus que quatre-vingt-douze pulsations. Elle est beaucoup mieux, mais les lochies ne reparaissent pas ; dévoiement abondant. (Vingt sangsues à la vulve.) Le soir, léger paroxysme.

8.e jour. Même état. (Dix sangsues à la vulve.)

9.e jour. La respiration est naturelle, mais un peu douloureuse ; légère douleur de l'hypochondre gauche, s'étendant vers l'épigastre ; ventre souple, non douloureux ; figure calme, pouls régulier à quatre-vingt-seize pulsations : toujours de la soif, et la langue un peu sèche.

Le mieux-être sensible de la malade parut être l'effet de l'appli-

cation des sangsues; mais les lochies n'ayant pas reparu, et voulant obtenir, s'il était possible, une révulsion favorable, on fit appliquer un vésicatoire à la partie interne et supérieure de chaque cuisse.

Le neuvième et dixième jour notre malade était tellement bien, que déjà nous la regardions comme convalescente. Elle n'éprouvait plus que cette douleur obtuse au bas du sternum. Pour nous assurer de l'état du ventre, nous faisions faire à la malade de profondes inspirations fréquemment répétées : elle ne ressentait pas la plus légère douleur. Urines rouges et épaisses, déposant un sédiment gris blanc; diarrhée peu abondante. Cependant le pouls était toujours fréquent; et, dans l'après-midi, il y avait toujours un paroxysme. Le onzième jour il fut plus fort que de coutume : il se manifesta de l'oppression avec toux et expectoration de mucosités écumeuses.

12.e jour. Légères douleurs thoraciques, la toux continue. Cependant rien n'annonce une issue funeste : pendant la nuit la toux fut très-fréquente.

13.e jour. L'état où nous trouvâmes cette malade, le matin, nous surprit beaucoup. Couchée sur le dos, elle avait les yeux à demi-fermés, les pommettes violacées; respiration accélérée, bruyante, et très-gênée; toux fréquente, pouls assez fort, à cent douze pulsations; peau moite. Elle conservait toute sa connaissance, et nous assura n'éprouver aucune douleur. (Polygala senega, potion avec le sirop d'ipécacuanha et le kermès, vésicatoire sur le sternum, manuluves et pédiluves synapisés.)

Dans la journée, la respiration s'embarrassa de plus en plus. A sept heures du soir, Gouin avait cessé d'exister.

Ouverture du corps. Les mamelles, très-développées, laissaient écouler, après leur section, une assez grande quantité de lait. *Tête :* rien. *Poitrine :* adhérences anciennes dans la cavité droite; le poumon, sain, contenait une assez grande quantité de mucosités

roussâtres, écumeuses : à gauche, la plèvre offrait une phlogose générale. Partout recouverte d'une couche purulente, verdâtre, peu adhérente, cette membrane avait acquis une épaisseur remarquable, particulièrement sur le poumon et le péricarde, où elle était portée à deux lignes. Dans sa cavité était épanché environ un demi-litre de sérosité purulente, sans odeur, d'un jaune verdâtre, troublée par des flocons purulens. Déprimé par cet épanchement, le poumon, aplati, réduit au tiers de son volume, adhérait çà et là à la plèvre costale et au médiastin par l'intermède de fausses membranes; d'ailleurs son parenchyme était sain, quoique infiltré de mucosités. *Abdomen.* Le péritoine très-sain, excepté le mésocolon transverse, lequel était enflammé et contenait entre ses lames une assez grande quantité de liquide semblable à celui trouvé dans la poitrine. Quelques traces de rougeur dans la muqueuse de l'estomac et des intestins, lesquels étaient très-dilatés par des gaz. *L'utérus*, non encore revenu à son volume ordinaire, la membrane interne saine, enduite d'un liquide rougeâtre épais. Tout le système veineux abdominal très-gorgé de sang.

Voilà une pleurésie des plus intenses qui se termine par suppuration, et qui cependant n'annonce son existence par aucun signe pathognomonique; elle ne fut nullement soupçonnée pendant la vie. Toute notre attention se porta sur l'abdomen, qui à la vérité n'était pas douloureux, mais offrait une légère tension; ce qui, joint à la suppression des lochies, à la douleur lombaire, nous fit croire à une péritonite, dont la gêne de la respiration n'était qu'un épiphénomène assez ordinaire. Il est certain que l'on ne donna pas assez de valeur à la douleur du dos ni à la difficulté de respirer; ces symptômes auraient dû mettre sur la voie. Mais lorsque, plus tard, la douleur des reins disparut, quand la respiration devint naturelle, que de raisons pour être affermis dans notre première opinion ! Et quand l'inspiration la plus profonde était sans douleur, pouvions-nous soupçonner que la plèvre était le siége d'une désorganisation aussi profonde ?

Il ne reste maintenant aucun doute qu'à la phlogose de la plèvre correspondaient la douleur du dos et celle qui plus tard se manifesta dans l'hypochondre gauche. Nous les rapportâmes à l'inflammation de la portion diaphragmatique du péritoine; et certes, je le crois, l'erreur était facile à commettre. La percussion aurait peut-être pu éclairer le diagnostic; elle ne fut pas employée; car, je le répète, nous ne pensions pas à la plèvre. Aucun signe n'annonça l'inflammation du mésocolon transverse, si ce n'est peut-être la douleur obtuse qui siégeait au bas du sternum.

Comment expliquer l'état de bien-être de la malade pendant les 8.e 9.e 10.e et 11.e jour? La pleurésie tendait elle réellement alors à la résolution? Je ne le pense pas. Alors il est probable que déjà la désorganisation était assez avancée pour que la plèvre n'accusât plus que peu de douleur, quoique l'épanchement eût certainement commencé à cette époque; il paraîtrait que, devenant plus abondant le 12.e et 13.e jour, il a produit les symptômes qui ont signalé les derniers momens de Gouin, tels que la coloration veineuse des pommettes et des lèvres, la gêne extrême de la respiration, etc.

Offrons encore un cas d'erreur dans le diagnostic: des faits semblables sont bien propres à inspirer le doute philosophique en médecine.

IVe. OBSERVATION.

Péritonite puerpérale latente, avec expulsions de fausses membranes par l'anus, terminée par la mort.

Laforge, âgée de 30 ans, d'une taille petite, cheveux bruns, d'une constitution assez vigoureuse, mais détériorée par les excès de tout genre auxquels elle se livrait, et paraissant par suite de ces excès avoir une quarantaine d'années, accoucha de son premier enfant le 31 août 1820. L'accouchement fut très-simple. Laforge

n'allaita pas. Deux heures après son accouchement, elle se leva presque nue pour aller aux lieux.

Le 3.e jour, elle se plaignit d'éprouver du frisson et des douleurs vagues dans les jambes ; peau chaude, pouls assez plein, à 120 pulsations par minute; nulle douleur abdominale ; les lochies coulent très-bien ; deux selles dans la journée. (Hydromel.) Vers le soir, frisson qui se prolonge jusqu'au lendemain, léger trouble dans les idées.

4.e jour. Légères douleurs dans les jambes et dans l'abdomen, qui cependant n'est point sensible à la pression ; langue chargée, soif, toux, pouls à 100 pulsations. (Hydr., lav. émol.) La journée assez bonne, ventre libre.

5.e jour. Elle est très-bien et témoigne beaucoup d'appétit. La diète fut continuée. Dans la journée, coliques, dix à douze selles liquides, diminution des lochies; la nuit, insomnie, sueurs.

6.e jour. Céphalalgie frontale, langue chargée, bouche amère, douleurs abdominales et dans les membres inférieurs, pouls assez fort à 104 pulsations. (Ipécacuanha 30 gr.) Vomissemens abondans avec soulagement, selles abondantes ; le soir, il n'y avait presque plus de douleurs abdominales ; 20 sangsues furent appliquées à la vulve, et les lochies reparurent.

7.e jour. Plus de douleurs de ventre, qui est souple. La malade est mieux. Le dévoiement continue. Le soir, paroxysme très-intense, qui dure toute la nuit avec sueurs sans soulagement.

8.e jour. La bouche est amarescente, la soif vive ; le dévoiement continue, mais le ventre n'est aucunement douloureux ; pouls à 112 pulsations, sans chaleur à la peau. (Chiend., oxymel.) Le soir, paroxysme léger, peu de sommeil, à cause de la fréquence des selles.

9.e jour. Même état; deux vomissemens spontanés. Le paroxysme du soir manqua.

10.e jour. Toujours dix à douze selles par jour, la peau chaude, le pouls faible à 124 pulsations ; les traits s'affaissent ; la faiblesse fait

des progrès. Cet état continue les jours suivans; il s'y joint de la tendance à l'assoupissement, des rêvasseries.

Le 17.e jour, 30 grains d'ipécacuanha procurèrent des vomissemens bilieux très abondans; le dévoiement fut suspendu pendant la nuit. M. *Lugol*, regardant cette malade comme étant sous l'empire d'une affection bilieuse, prescrivit l'eau de veau, aiguisée avec la crème de tartre. Cette boisson détermina 10 selles le 18.e jour. Du 19.e au 24.e, la diarrhée continue, la faiblesse augmente; langue sale, tantôt brune, tantôt humide; soif vive; pouls petit, faible, offrant 112, 116 pulsations par minute; nulles douleurs dans l'abdomen, vomissemens lors de l'ingestion d'un liquide. (Riz, rhubarbe, vésicatoires aux cuisses et sur l'abdomen.)

25.e jour au matin. Après une colique assez forte, Laforge expulse des matières fécales semblables à de l'oseille, en ayant l'odeur, mêlées intimement avec des brins de laine. Ces matières sont contenues dans un cylindre membraneux de deux à trois pouces de longueur; une de ses extrémités est frangée, comme déchirée. Ce cylindre paraît formé de plusieurs membranes. L'extérieure, lisse comme le péritoine, est parcourue de vaisseaux sanguins assez considérables; l'intérieure, blanchâtre, a quelque ressemblance avec la membrane muqueuse de l'intestin grêle, mais n'offre pas l'apparence de valvules. Après l'expulsion de ce corps étranger, la malade nous assura se trouver mieux : l'abdomen, palpé dans tous les sens, n'était le siége d'aucune douleur; il est un peu tuméfié; mais Laforge nous assura qu'elle l'avait toujours eu ainsi en parfaite santé. Depuis quelques jours la respiration était plus gênée; le soir l'oppression augmenta; sentiment de froid aux extrémités; délire pendant la nuit.

26.e jour. Frisson très-intense, pouls petit, faible, à 112 pulsations; haleine fétide, respiration très-gênée, ne pouvant avoir lieu quand la malade est couchée, la dyspnée ne faisant que s'accroître. Laforge mourut vers quatre heures du soir, éprouvant un frisson très-violent avec tremblement des membres. Jusqu'au moment de

la mort elle conserva sa connaissance, et elle parlait avec ses voisines.

Ouverture du corps. L'abdomen est très-gros et fluctuant, ce que l'on n'avait pas observé pendant la vie ; la cavité du péritoine contient cinq à six litres de sérosité d'un jaune verdâtre, trouble, et dans laquelle flottent des débris de fausses membranes ; le grand épiploon très-épaissi, recouvert de fausses membranes, adhérant latéralement aux parois de l'abdomen, et inférieurement à l'utérus, enveloppait exactement les intestins grêles, dont la tunique péritonéale était beaucoup moins phlogosée que l'épiploon. Toute l'étendue du péritoine offrait une exsudation puriforme.

Nous pensions trouver dans le canal intestinal quelque altération pathologique en rapport avec l'expulsion du cylindre membraneux dont nous avons parlé : quelle fut notre surprise quand, après avoir ouvert le tube digestif depuis l'œsophage jusqu'au rectum, nous n'observâmes pas la plus légère injection de la membrane muqueuse de ce conduit. Quelques rides dans la tunique interne de l'estomac, une teinte jaunâtre bilieuse très-prononcée des trois quarts supérieurs de l'intestin grêle, une forte injection du péritoine qui revêt une partie du colon descendant, injection bornée à cette membrane ; voilà tout ce que nous vîmes de particulier.

La membrane muqueuse de la vessie offrait une altération particulière ; son tissu était comme infiltré. Vers la paroi postérieure de cet organe se remarquaient des phlyctènes semblables à celles produites par les épispastiques. La cavité utérine était deux fois plus grande qu'elle ne l'est ordinairement ; l'orifice vaginal noirâtre, et comme ecchymosé ; le foie, très-volumineux, était adipocireux ; rien dans la tête ni dans la poitrine.

L'obscurité des signes propres à la péritonite la firent méconnaître, et la maladie fut traitée comme une fièvre bilieuse. Le ventre, légèrement douloureux les premiers jours, cessa de l'être après l'emploi des vomitifs et des minoratifs ; ce qui ne contribua pas peu

à augmenter la sécurité. Cependant la fréquence du pouls, le paroxysme du soir inquiétaient d'autant plus, qu'on ne pouvait en découvrir la cause. On crut la reconnaître dans la diarrhée intense qui existait dès le commencement de la maladie, et c'est d'après cette idée que l'eau de riz fut prescrite, et les épispastiques appliqués aux cuisses et sur l'abdomen. Lors de l'expulsion de ce corps pseudo-membraneux, nous fûmes en quelque sorte convaincus de l'existence d'une affection du tube intestinal, et lors de l'ouverture du cadavre nous recherchâmes avec la plus scrupuleuse attention quelques vestiges de phlogose. Chose étonnante, la membrane muqueuse n'était pas même injectée. Dans l'histoire du croup on trouve quelque chose d'analogue; la membrane interne du larynx se présente sous des aspects bien différens, suivant le degré de la maladie. L'individu succombe-t-il à un de ces croups foudroyans qui ne durent que quelques heures, alors la membrane muqueuse est fortement enflammée, rouge dans la plus grande partie de son étendue. Dans un croup ordinaire, si la mort arrive dans la seconde période, cette membrane ne présente plus qu'une teinte rosée; enfin, vers la fin de la troisième période, on rencontre après la mort peu de traces de rougeur sur la membrane muqueuse aérienne, et il n'est même pas rare de la trouver presque dans son état naturel. Admettrons-nous que chez Laforge pareil phénomène a eu lieu, et que, comme dans le croup, après la formation d'une fausse membrane, la rougeur qui caractérise la phlogose de la membrane muqueuse a disparu totalement?

Pendant la durée de cette péritonite, Laforge nous assurait constamment qu'elle n'était pas malade; elle accusait un appétit très-énergique, et disait qu'elle deviendrait malade, si elle ne mangeait pas. Parfois on lui accorda un peu de nourriture; mais elle fut obligée d'avouer qu'elle trouvait tout mauvais, et de revenir d'elle-même au bouillon.

Le frisson qui a précédé la mort n'a pas été moins insolite que la marche générale de cette maladie; il affectait tout le corps, avec

tremblement des membres, en tout semblable à un frisson d'accès. Il durait, ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation, depuis le matin, et à midi la gêne de la respiration était si grande, qu'il fallut tenir Laforge assise sur son lit; et c'est dans cette attitude qu'elle expira. Certainement cette gêne de la respiration tenait au refoulement du diaphragme par le liquide épanché. Mais pourquoi la fluctuation ne fut-elle pas remarquée la veille de la mort? Pourquoi alors l'abdomen n'était-il pas aussi volumineux que lors de l'ouverture? L'épanchement, d'abord peu abondant, s'est-il accru rapidement? Le frisson aurait-il signalé ce changement? On est en droit de le penser, en analysant les symptômes qui ont marqué les derniers momens de cette malade.

V.e OBSERVATION.

Péritonite puerpérale chronique, compliquée de pleurésie avec épanchement, terminée par la mort.

Chromier, âgée de trente-six ans, d'un tempérament sanguin, mais d'une faible constitution, ayant eu une enfance maladive, réglée à douze ans, et depuis affectée de leucorrhée, accoucha de son sixième enfant à l'hospice de la Maternité, vers le commencement de septembre 1820. L'accouchement fut très-douloureux. Immédiatement après l'expulsion du placenta, il se déclara une métrorrhagie très-abondante; elle dura une heure et demie, et ne cessa que lorsque la main d'une sage-femme, introduite à cinq ou six reprises dans la cavité utérine, l'eut débarrassée des caillots qu'elle contenait. A la suite de ces manœuvres, des douleurs abdominales se firent sentir: d'abord peu vives et passagères, elles acquirent bientôt plus de force et de durée; les lochies ne parurent pas. Les jours suivans, céphalalgie, frissons, tuméfaction de l'abdomen, douloureux à la pression, diarrhée très-abondante. Quinze sangsues sur l'abdomen, des boissons émollientes, des lavemens, des

bains de siége, tel fut le traitement employé à la Maternité. Il fut suivi de peu d'amélioration ; et lorsque Chromier sortit de cet hôpital, vingt jours après son accouchement, l'abdomen était toujours volumineux et douloureux, il y avait en vingt-quatre heures quinze à vingt selles liquides. De retour chez elle, elle fit usage de vin, dans l'intention de se fortifier, et fatigua beaucoup. Un médecin consulté fit cesser le dévoiement ; alors le ventre augmenta de volume, et devint plus douloureux. Elle entra à Saint-Louis le 7 octobre 1820. Face pâle, amaigrie, offrant une légère teinte jaune-paille ; faiblesse très-prononcée ; abdomen tuméfié, peu tendu, mais très-douloureux à la pression, dans tous les points de son étendue ; toux sèche, augmentant de fréquence pendant la nuit ; inspiration profonde très-douloureuse ; soif vive, langue brunâtre, souple, humide ; pouls assez fort, peu fréquent (quatre-vingt huit pulsations par minute) ; diarrhée très-abondante. M. *Lugol* regarda Chromier comme étant sous l'empire d'une péritonite chronique, avec complication du côté de la poitrine. Un pareil diagnostic rendait nécessairement le prognostic très-fâcheux ; cependant, espérant que la désorganisation n'était pas encore très-avancée, deux vésicatoires furent appliqués sur les flancs ; ils produisirent un mieux-être notable, et peu de jours après deux autres furent appliqués sur les cuisses. L'abdomen resta tuméfié, mais la pression était à peine douloureuse ; toutefois le pouls offrait cent quatre pulsations par minute, et le moral de la malade s'affecta visiblement, surtout lorsque du 15 au 17 octobre l'extrémité inférieure gauche s'infiltra totalement. Ce fut aussi à cette époque que, la toux persistant toujours, Chromier se plaignit de ne pouvoir se coucher sur le côté gauche. Le dévoiement était très-intense. (Orge oxymel. julep. béch. laudanum 12 gouttes ; thériaque 3j.)

Dès-lors nous ne pûmes douter de l'issue de la maladie, et pendant les quinze derniers jours qui précédèrent la mort, nous observâmes les phénomènes suivans : affaiblissement progressif, tant au moral qu'au physique, léger trouble dans les idées, toux sèche,

décubitus constant sur le côté droit; tantôt l'abdomen est très-douloureux, tantôt il est indolent, même à la pression; parfois la diarrhée est excessive; parfois aussi elle cesse pendant plusieurs jours; le pouls était constamment au-dessus de cent pulsations, et la peau n'était pas plus chaude que dans l'état de santé. L'appétit se conserva, et devint même très-intense les deux derniers jours. Le 17 novembre 1820, Chromier expira paisiblement, se plaignant d'être accablée par le sommeil.

Ouverture du corps. Maigreur extrême de toute l'habitude du corps; infiltration du membre pelvien gauche. *Abdomen :* Au-dessus de l'ombilic, l'épiploon n'adhérait que faiblement à la paroi antérieure de l'abdomen. Au-dessous, les adhérences devenaient plus intimes. Enfin nous parvînmes dans un foyer purulent situé au-dessous de l'ombilic et formé par les parties contenantes et contenues de l'abdomen. En avant, par la paroi antérieure de l'abdomen; en arrière, par la paroi postérieure de cette cavité, borné inférieurement par la vessie, l'utérus, le rectum; ce foyer l'était supérieurement par les dernières circonvolutions de l'intestin grêle, réunies et agglomérées. Latéralement, il se prolongeait au-devant du cœcum et du colon lombaire droit, en formant une espèce de canal rempli de pus, qui remontait jusqu'au foie, lequel avait contracté, par sa face concave, d'intimes adhérences avec les intestins grêles. Quatre litres de pus épais, onctueux, verdâtre, fétide, étaient contenus dans ce foyer. Toutes les portions du péritoine en contact avec le pus étaient épaisses, rugueuses, noirâtres en plusieurs points, ce qui leur donnait un aspect marbré. Nous avons dit que les intestins grêles étaient réunis en une seule masse: là où ils étaient baignés par le pus, l'adhérence était des plus intimes. Ailleurs, elle était faible et avait lieu au moyen d'une humeur blanchâtre, glutineuse, filant entre les doigts. Le tube digestif, ouvert d'un bout à l'autre, ne présentait aucune lésion dans ses membranes muqueuses ou musculeuses. Le foie, passant à l'état

adipocireux, avait contracté, par son bord tranchant, de fortes adhérences avec le diaphragme. L'utérus et ses dépendances étaient sains. *Poitrine :* la cavité gauche est agrandie, par suite de l'écartement des côtes : elle est le siége d'un épanchement séro-sanguinolent très-considérable qui a refoulé le poumon vers la colonne vertébrale. Cet organe, réduit au quart de son volume ordinaire, est sain. La plèvre est rouge, fortement injectée, et épaissie ; elle n'est pas recouverte de fausses membranes. *Tête :* à peu près deux onces de sérosité limpide dans les ventricules cérébraux.

Dès les premiers jours de l'entrée de cette malade, nous jugeâmes que la désorganisation du péritoine était effectuée; cependant le bon effet des vésicatoires nous aurait rendu quelque espoir, si plus tard l'affaiblissement progressif, le décubitus sur le côté droit de la poitrine, signe de l'épanchement thoracique gauche, la fièvre hectique, etc., n'avaient confirmé la justesse du premier prognostic.

La phlogose, long-temps continuée, avait rendu le péritoine méconnaissable. Ses fonctions n'étaient pas moins altérées que sa structure. Au lieu d'une rosée extrêmement ténue, il sécrétait un pus onctueux, épais, fétide. Quoique la désorganisation de cette membrane fût complète, les organes sous-jacens n'étaient nullement altérés. Le tissu cellulaire sous-jacent était très-développé. J'ai toujours, dans les phlogoses chroniques des membranes séreuses, trouvé le tissu cellulaire sous-séreux très-développé. Il semblerait qu'il y a eu production de ce système, qui parfois participe de la phlogose (voyez l'observation n.° 6); mais le plus ordinairement il est exempt de toute lésion. Ce développement du tissu cellulaire contribue, beaucoup plus qu'on ne le pense, à faire paraître plus épaisse la membrane séreuse.

Il n'est pas rare de trouver, après une inflammation chronique, le péritoine maculé de taches noires plus ou moins étendues. Cette altération coïncide surtout avec les productions miliaires. M. *J. Cloquet* a rencontré et dessiné un sac herniaire moucheté de taches

d'un beau noir; taches qu'il recommande de ne pas prendre pour des signes de gangrène. J'ai encore rencontré la couleur noire sur le péritoine d'une femme qui avait succombé à une péritonite chronique; il semblait qu'elle avait été appliquée par bandes avec un pinceau. Dans ce cas, comme chez Chromier, bornée à la surface libre du péritoine, elle ne s'enlevait pas en raclant la membrane; mais, exposée à l'air, elle s'affaiblissait et finissait par disparaître presque entièrement au bout de vingt-quatre heures. Cette altération paraît être le résultat d'une sécrétion nouvelle, et peut parfois être très-abondante.

Il est facile de distinguer dans cette observation les symptômes propres à la pleurésie, qui, probablement, était consécutive à l'affection du péritoine; car l'épanchement pleurétique s'est manifesté entre le trentième et le quarantième jour après l'accouchement. L'extrémité pelvienne gauche s'infiltra aussi vers cette époque.

Jusqu'à présent nous avons trouvé la membrane séreuse abdominale spécialement affectée; dans tous les cas, nous avons trouvé un épanchement plus ou moins considérable. L'observation suivante va nous offrir les symptômes les plus violens de péritonite sans altération bien notable du péritoine.

VI.e OBSERVATION.

Péritonite puerpérale aiguë, inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Sauvage (Françoise), âgée de vingt-huit ans, constitution vigoureuse, tempérament sanguin, enceinte pour la première fois, fut accouchée par le forceps le 14 avril 1820, la tête du fœtus ayant séjourné, dans une vicieuse position, deux jours au détroit supérieur. La journée fut assez calme, quelques coliques se firent seulement ressentir, constipation; le soir, les lochies commencèrent à couler.

2.e jour. Ventre légèrement tendu, et douloureux à la pression; pouls naturel; face pâle; soif ardente; langue blanchâtre; constipation; libre écoulement des lochies. (Hydromel, lavemens et fomentations émollientes.)

3.e jour. Même état.

4.e jour. Ventre tendu, un peu douloureux, face altérée, peau chaude et sèche, langue chargée d'un enduit jaunâtre très-épais, soif ardente, pouls fréquent et petit. (Même prescription.) Dans la matinée, les lochies se suppriment. Vers trois heures du soir, vives douleurs dans l'abdomen, plus vives dans les régions inguinales, augmentant par la pression. Le ventre est tendu et ballonné sans être dur; face pâle et grippée, pouls petit, très-fréquent. (Soixante sangsues sur l'abdomen, vingt sangsues à la vulve, bains de siége.) A six heures du soir, une heure et demie après l'application des sangsues, le pouls se relève, et la malade se trouve mieux; mais ce calme n'est que momentané, les symptômes précités reparaissent avec plus d'intensité, la face devient d'une pâleur extrême, elle se couvre, ainsi que les membres, d'une sueur froide et visqueuse; le hoquet et des déjections alvines très-fétides et très-copieuses se succèdent sans interruption, jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu le cinquième jour au matin.

Ouverture du corps. Tête : Rien. *Poitrine* : Quelques adhérences des poumons à la plèvre, quelques tubercules miliaires dans le sommet du poumon gauche; l'abdomen est ballonné, les intestins sont dilatés par des gaz; le péritoine n'offre pas de traces de rougeur, seulement, dans les fosses iliaques, où la malade éprouvait de plus vives douleurs, il est revêtu de quelques couches albumineuses peu épaisses. Même phénomène a lieu pour la portion du péritoine qui recouvre l'utérus. En cet endroit, la couche albumineuse est plus épaisse, et le péritoine offre une légère teinte rosée. Un verre de sérosité purulente est épanché dans le petit bassin, le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parois abdomi-

nales est infiltré de pus, toutes les aréoles de ce tissu en sont remplies.

Nous ferons remarquer ici la phlogose du tissu cellulaire sous-séreux, qui paraît avoir été très-intense, puisqu'elle nous offre le passage à la suppuration dès le quatrième jour. Le péritoine, au contraire, offrait à peine quelques traces d'inflammation; ce qui pourrait faire présumer que l'affection du tissu cellulaire était la maladie primitive; qu'à cette inflammation il faut rapporter la tuméfaction légèrement douloureuse de l'abdomen, et que le quatrième jour la suppression des lochies a pu déterminer l'inflammation du péritoine. Nouvel état marqué par les douleurs violentes, la petitesse du pouls, l'altération profonde des traits de la face, etc.

Sauvage avait offert les symptômes de la péritonite au plus haut point; et, à l'ouverture du corps, nous ne trouvâmes qu'une inflammation légère, la plus légère que nous ayons jamais rencontrée en pareil cas. Laforge, au contraire, après un mois de maladie, sans douleur, ou presque aucune douleur abdominale, nous offrit une inflammation générale du péritoine avec un épanchement des plus abondans

Voilà donc une grande divergence entre les caractères anatomiques et les signes de la péritonite : on sait même que cette divergence peut être portée au point que les traces de l'inflammation manquent lorsque les malades ont succombé offrant les symptômes les plus évidens de cette inflammation.

Je n'ignore pas l'explication qu'on a donnée de ces phénomènes; j'en ai même fait usage dans l'observation qui précède ; mais cette explication peut-elle satisfaire pleinement un esprit rigoureux? Lorsqu'il y a eu lieu de supposer une phlegmasie, et que l'autopsie ne le démontre pas, est-il mieux de déclarer qu'elle a pu être dissipée par la mort que d'admettre qu'on a pu se tromper? Le rapprochement que l'on fait de ces phlegmasies internes avec l'érysipèle, par exemple, est-il exact? L'érysipèle n'est ordinairement

qu'un épiphénomène auquel il est à peine nécessaire de faire une attention spéciale, et qui n'est pas par lui-même la cause de la mort : de sorte que sa disparition ne prouve rien relativement aux phlegmasies essentielles, qui peuvent produire la mort, avec des différences très-grandes entre les symptômes et les lésions de tissus observées.

Toutefois, il ne peut y avoir de contradiction dans la nature ; s'il y en a dans le résultat de nos observations, cela tient à la faiblesse de nos sens, qui ne sauraient arriver jusqu'au mécanisme profond, jusqu'à l'action moléculaire, vitale, de nos organes.

La physiologie de l'homme malade est encore trop peu avancée pour que nous puissions connaître le mécanisme des lésions des organes par les maladies. Dans cet état d'ignorance, il est sans doute utile de noter les analogies que nous offrent divers phénomènes. Mais ces analogies n'étant que des moyens de préparer notre esprit à mieux généraliser les idées, on ne doit les établir que sur des ressemblances profondes, sans lesquelles tout rapprochement est fortuit, et toutes les inductions sont nécessairement fausses.

Je terminerai en faisant remarquer que la saignée locale excessive qu'on a pratiquée n'était pas dans la pensée de M. *Lugol*, qui nous a dit bien des fois que ce n'était pas ainsi qu'il fallait attaquer la péritonite puerpérale. Ce que nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis depuis deux ans prouve qu'il n'est pas nécessaire de se hâter de saigner les femmes en couches. En 1819, nous eûmes à peu près le même nombre de femmes accouchées qu'en 1820 ; beaucoup nous offrirent des symptômes très-graves ; toutes furent traitées par les émolliens et les laxatifs ; aucune ne fut saignée ; toutes guérirent.

Si l'on adoptait la méthode exclusive de saigner les femmes aussitôt qu'elles offriraient quelques douleurs de ventre, chez toutes, ou presque toutes, les saignées seraient employées ; car, dans les cas les plus heureux, il y a toujours un malaise plus ou moins

général, des coliques plus ou moins fortes, un état fébrile plus ou moins prononcé ; phénomènes causés probablement par le retour des organes dans la position qu'ils occupaient avant la grossesse. L'observation suivante va nous offrir une péritonite apparente causée par la rétention des matières fécales, et guérie par un choléra.

VII.e OBSERVATION.

Cleroy, âgée de trente-huit ans, enceinte pour la première fois, éprouva les douleurs de l'enfantement le 28 juillet 1820. La tête se présenta mal, et l'accouchement ne fut terminé que le troisième jour par le forceps. Les lochies coulèrent peu ; incessamment le ventre se tuméfia beaucoup, et le deuxième jour il survint des vomissemens spontanés.

Troisième jour après l'accouchement, le ventre était énormément gonflé, ballonné, surtout à droite ; il était légèrement douloureux à la pression. Toux fréquente, sans expectoration. La langue était blanche, la bouche pâteuse, la soif vive, la face jaunâtre. Il y avait de la céphalalgie ; le pouls, faible, régulier, offrait cent huit pulsations ; urine rouge, sédimenteuse ; pas de selles depuis six jours. (Hydromel, lavement miellé, bain de siége.) Pendant toute la journée la malade fut assoupie ; le soir, vomissemens bilieux, spontanés, qui continuèrent pendant la nuit. Les lochies coulèrent en abondance ; les lavemens furent rejetés sans produire d'effet.

4e. jour. Le matin une selle spontanée, continuation des lochies, le ventre moins gros, moins douloureux, céphalalgie légère, chaleur à la peau. (Même prescription.) Pas de vomissemens dans la journée. Le soir selles spontanées, très-fétides, copieuses, qui continuent toute la nuit, avec tuméfaction presque entière du ventre ; écoulement abondant des lochies ; sentiment de bien-être. Sommeil le matin du cinquième jour ; les selles continuent toute la journée et dans la nuit avec un soulagement très-grand. Le matin on avait donné deux gros de sulfate de magnésie dans chaque pot

d'hydromel. La diarrhée continua encore trois jours en diminuant : l'appétit, le sommeil, les forces reparurent. On continua les laxatifs jusqu'au huitième jour. Elle sortit quelque temps après en parfaite santé.

La constipation, qui a lieu assez ordinairement pendant la grossesse, surtout dans les derniers mois, est rarement suivie d'accidens; mais elle persiste assez souvent après les couches, et alors elle peut donner lieu à une foule de symptômes plus ou moins variés, sur lesquels il est fort important de ne pas se tromper. Chez Cléroy, on aurait pu croire à l'existence d'une péritonite, et, sans tenir compte de la constipation, faire pratiquer des saignées générales ou locales. Qu'en serait-il résulté ? L'affaiblissement de l'économie, l'inertie plus grande du tube intestinal, la rétention indéfinie des matières fécales, qui tendent continuellement à la décomposition, auraient agi physiquement et peut-être chimiquement sur la membrane muqueuse de l'intestin ; auraient enflammé cet organe, et donné lieu alors à un ordre de symptômes infiniment graves, qui peut-être auraient entraîné la mort de la malade. Un mois plus tard, la femme Colin se présenta à l'hôpital Saint-Louis, avec un ventre très-volumineux et fort douloureux. Elle guérit fort bien par des lavemens émolliens, par des lavemens laxatifs, par des boissons de même nature, et enfin par des purgatifs. Le traitement fut ici, comme dans l'observation précédente, déterminé d'après la cause, la constipation.

L'observation suivante nous offrira une métrite puerpérale aiguë, terminée par suppuration et la mort. Déterminée probablement par une chute sur le ventre peu de temps avant l'accouchement, elle présenta ceci de particulier, qu'étant compliquée de phénomènes bilieux, les signes pathognomoniques de l'inflammation de l'utérus manquèrent presque complètement.

VIII.e OBSERVATION.

Métrite puerpérale aiguë terminée par suppuration, avec invagination de trois pouces du canal intestinal, qui n'avait donné aucun signe pendant la vie.

Launoy, âgée de ving-trois ans, tempérament sanguin, forte constitution, entra à l'hôpital Saint-Louis le 15 mars 1820, pour y faire ses couches, qu'elle regardait comme prochaines. L'utérus offrait une obliquité en devant; l'émission de l'urine gênée et douloureuse par le fait de l'obliquité.

Un mois avant l'accouchement, elle fit une chute sur l'abdomen : des douleurs dans cette cavité, l'émission plus douloureuse de l'urine, en furent les suites. Ces symptômes durèrent dix à douze jours, pendant lesquels l'enfant cessa de remuer, et se calmèrent par le repos et les bains. L'accouchement eut lieu le 20 mai; il fut très-simple. Les premiers jours se passèrent sans accident; les lochies fluaient abondamment. Le cinquième et sixième jour, la bouche devint amère, la langue jaunâtre, la soif vive, la peau chaude, le pouls fréquent. Le ventre était souple; mais la région iliaque gauche était douloureuse à la pression : on y distinguait une tumeur qui paraissait être le siége de la douleur; quelques douleurs dans les lombes. Launoy manifeste de l'inquiétude sur son état. Le cinquième jour, léger paroxysme vers le soir, précédé de frisson.

7.e jour. Les symptômes saburraux sont plus prononcés (émétique 2 gr.), vomissemens bilieux très-abondans.

8.e et 9.e jours. La langue est moins jaune, les autres symptômes persistent, inquiétude morale, les traits de la face s'altèrent (hydromel, émet.), selles copieuses, redoublement très-intense la nuit du 9.e au 10.e jour, coliques, douleurs dans les jambes, insomnie.

12.e jour. Ventre souple, la région iliaque gauche plus douloureuse, respiration gênée, très-fréquente ; toux sèche, nausées, langue jaune, face altérée, offrant une teinte jaune ; pouls petit à 120 pulsations, ventre libre. (Ipécacuanha 30 gr., infus. de mélisse, esprit de nitre dulc.) L'émétique détermina peu de vomissemens, trois selles dans le jour, lochies peu abondantes, affaissement des mamelles, la nuit assez calme.

13.e jour. Les symptômes bilieux paraissent diminués ; du reste, même état, faiblesse, abattement moral ; le soir paroxysme, délire pendant la nuit.

14.e jour. Affaissement des traits de la face, qui est un peu colorée, faiblesse extrême, langue sèche, brune au centre, rouge sur les bords ; lèvres sèches, brunâtres ; soif vive, pouls petit, à cent pulsations ; incohérence des idées, parfois perte de la vue et de l'ouïe, décubitus sur le dos, respiration gênée, région iliaque douloureuse, lochies peu abondantes. (Julep béch. liqueur d'*Hofmann*, quinze sangsues à la vulve.) Dans la journée, trois selles ; pendant la nuit, somnolence troublée par une rêvasserie légère, un peu de sueur.

15.e jour. Adynamie plus prononcée (vésicatoires aux cuisses), selles involontaires fétides, délire pendant la nuit.

16.e jour. Prostration extrême, région iliaque très-douloureuse, respiration très-gênée ; vers sept heures du soir, hoquets, vomissemens spontanés, sueurs froides, coma, agonie lente, mort le 17.e jour au matin.

Ouverture du corps. Face amaigrie, légèrement jaunâtre ; système musculaire rouge et ferme. *Tête* : Rien. *Poitrine* : Poumons sains et sans adhérences, muqueuse trachéale injectée. *Abdomen* : Péritoine très-sain, pas d'épanchement, estomac sain, toute la membrane muqueuse du canal intestinal exempte de désordres ; dans l'intestin grêle, elle est enduite d'une couche très-épaisse de bile d'un jaune clair ; vers le milieu de cette portion du tube digestif,

il existait une invagination sans adhérences ; la portion supérieure, invaginée de trois pouces de longueur, présentait sa membrane muqueuse légèrement injectée ; l'utérus offre les deux lèvres de son orifice vaginal tuméfiées, noirâtres ; l'orifice dilaté permet d'y introduire un doigt. La cavité de la matrice contient une matière fétide, épaisse, couleur lie de vin, adhérant fortement à la membrane interne, à qui elle communique sa couleur ; au sommet de l'utérus, où s'insérait le placenta, cette matière était plus épaisse. En incisant en cet endroit le tissu de l'organe, on pénètre dans plusieurs petits foyers contenant un pus phlegmoneux ; ces foyers sont répandus dans toute la partie supérieure de la matrice ; les trompes, et surtout leurs extrémités frangées, sont tuméfiées et d'un rouge-brun ; tous leurs vaisseaux sont excessivement développés ; il en est de même pour les ovaires ; le gauche surtout est doublé de volume.

Depuis trois ans, ce cas d'inflammation de l'utérus est le seul que nous ayons observé après l'accouchement. Pourquoi les phlegmasies de cet organe sont elles beaucoup plus rares que les phlegmasies du péritoine à la suite des couches ? On pense généralement que cette différence tient au dégorgement qu'éprouve l'utérus par les émissions sanguines auxquelles donne lieu l'accouchement ; mais pourquoi ces saignées locales ne préservent-elles pas aussi les organes voisins ? Pourquoi le péritoine est-il plus particulièrement affecté, de sorte qu'il l'est plus souvent lui seul que tous les autres organes ensemble ?

Nous ne sommes pas suffisamment préparé pour répondre à ces diverses questions ; qu'on nous permette de faire remarquer que les causes de l'affection plus fréquente de la membrane séreuse abdominale ne nous paraissent pas être les frottemens ni les tiraillemens que cette membrane, dit-on, éprouve pendant la gestation.

En supposant qu'elle fût ainsi froissée et tiraillée, ce devrait être particulièrement pendant la grossesse ; et cependant nous ne savons

pas qu'on ait observé la péritonite pendant que la nature travaille au développement du fœtus. Après l'accouchement, quels frottemens, quels tiraillemens peut éprouver le péritoine ? Des frottemens, aucun ; des tiraillemens, les nombreux replis qu'il forme autour des organes qu'il revêt, le tissu cellulaire lâche et peu serré qui l'unit aux parois du bas-ventre, l'en garantissent ; et quoique la matrice revienne assez rapidement sur elle-même après l'expulsion du fœtus et de ses annexes, on ne peut admettre que, dans le retour de cet organe à sa position ordinaire, le péritoine soit tiraillé.

Si quelque organe de l'abdomen doit éprouver des frottemens ou des tiraillemens par la dilatation de l'utérus, le péritoine est sans contredit le dernier. Ce serait plutôt la vessie, le rectum, le canal intestinal, l'estomac, le foie, la rate, etc., organes qui, par suite du développement de la matrice, sont plus ou moins comprimés, plus ou moins déplacés. On sait que les fonctions digestives sont assez ordinairement dérangées pendant une partie de la grossesse. Si le tube digestif était malade à la suite des couches, on ne manquerait pas de rapporter le principe, le commencement de cette lésion au trouble qu'offre la digestion pendant la gestation ; on y verrait une succession de phénomènes qui cependant pourrait bien ne pas être vraie, puisque l'on observe chaque jour la première moitié sans que la seconde ait lieu.

Les faits les plus insolites ne manquent point de personnes empressées à les expliquer ; à plus forte raison des faits aussi généraux que ceux auxquels se rapporte la question que nous nous sommes posée au commencement de ces réflexions. Pour nous, qui nous défions de toute explication forcée, et qui craignons de nous égarer en cherchant la vérité trop ardemment, qu'il nous suffise d'avoir fait remarquer de nouveau que le péritoine est, après l'accouchement, plus souvent affecté que la matrice, et que les raisons qu'on en a données ne sont pas satisfaisantes.

IX.e OBSERVATION.

Gaget, âgée de vingt-deux ans, d'une stature assez élevée, mais grêle, fut réglée dès l'âge de douze ans. Les menstrues, peu abondantes, fluèrent toujours régulièrement. Elle était sujette à des affections catarrhales, et notamment à des rhumes opiniâtres qui laissaient à leur suite une légère toux sèche, quelquefois aussi suivie d'expectoration. Enceinte pour la quatrième fois, elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis, le 19 février 1820, pour se faire traiter de la gale. Les quatre derniers mois de la grossesse furent marqués par un état de nonchalance et d'inertie, par des douleurs de poitrine très-vives, par une toux fréquente, violente, avec expectoration puriforme, coloration des pommettes, et amaigrissement notable. Pendant le neuvième mois les mamelles se tuméfièrent douloureusement. L'accouchement eut lieu le 26 juin : il fut très-simple. Six jours après, les mamelles abcédèrent, suppurèrent huit à dix jours, et se cicatrisèrent. Gaget se levait et se trouvait très-bien, lorsqu'une imprudence dans le régime apporta tout à coup un changement dans sa situation.

Le 16 juillet, vingt jours après son accouchement, elle mange plus que de coutume et éprouve les phénomènes suivans : malaise général, suivi de syncopes; douleurs très-vives dans le thorax et à l'épigastre, oppression, respiration fréquente, courte, douloureuse; pouls fréquent, développé; vomituritions. (Quinze sangsues à l'épigastre ; et, pour faciliter le vomissement, de l'eau tiède.) Léger délire, et sueurs abondantes la nuit.

17. Même état ; langue chargée, bouche amère, céphalalgie violente, vertiges, éblouissemens. (Hydromel, ipécacuanha 30 gr.) Le soir, moins de céphalalgie, poitrine plus douloureuse, respiration plus gênée. La nuit fut très-agitée.

18. Même état du côté de la poitrine : pouls souple, très-fréquent; peau chaude, sueurs copieuses. (Douze sangsues à l'anus, vésica-

toires sur les régions antérieures et postérieures de la poitrine.) Le 19, un peu de mieux. (Pectorale, potion pectorale, vésicatoires aux cuisses.) Le soir, légère exacerbation, sueurs abondantes. Le 20, plus de douleurs de poitrine, pouls naturel, urines rouges, rares, et douloureuses. (Effet des épispastiques.) Vers les 11 heures du matin, il se déclara un accès de fièvre intermittente qui dura jusqu'au soir, caractérisé par un frisson très-intense de quatre heures, suivi de chaleur et de sueurs copieuses, avec céphalalgie violente et coloration de la face. Des boissons délayantes furent seules administrées ; et, après six accès semblables au premier, la fièvre cessa.

Le 27 et 28 juillet elle se trouvait très-bien.

Le 29 au matin, elle parlait librement, les traits de la face exprimaient le bien-être qu'elle ressentait. Elle ne nous parla pas de quelques éblouissemens ni de maux de tête qu'elle avait eus la veille, parce que dans ce moment elle ne les éprouvait plus. Dans l'après-midi, étant dans le jardin de l'hôpital, elle veut parler, et ne fait entendre que quelques sons inarticulés et plaintifs, entrecoupés de soupirs profonds, la tête se penche à droite : ceux qui l'entourent s'aperçoivent aussitôt que tout le côté droit du corps est privé de mouvement, et presque de sentiment. Nous la vîmes peu d'instans après, elle était dans l'état suivant : assoupissement, face pâle, paupières abaissées, pupilles également contractées, la bouche légèrement entraînée à gauche; Gaget conserve toute sa connaissance, mais ne peut parler. Parfois la langue ne peut franchir les arcades dentaires; parfois aussi elle s'avance un peu au-delà, et sa pointe est entraînée du côté droit du corps, qui est entièrement privé de mouvement; le pouls est faible et régulier, sans fréquence; on appliqua de suite des sinapismes aux pieds et autour de la jambe droite; ils furent vivement sentis de la malade. Au bout d'une demi-heure elle put soulever le bras droit; mais ce mieux ne fut que passager. Un lavement avec le catholicon fut administré : pendant la nuit il y eu trois selles involontaires.

Du 30 juillet au 5 août, l'hémiplégie persista ainsi que l'aphonie, avec assoupissement, surtout le soir. A cette époque de la journée, on observe constamment un paroxysme assez intense, marqué par la coloration de la face, la fréquence du pouls, la chaleur brûlante de la peau, qui alors est couverte de sueurs; les vésicatoires au dos, les pédiluves et les lavemens irritans, l'infusion de mélisse, des toniques antispasmodiques furent administrés sans amélioration.

Du 6 au 18 août, la langue se couvrit d'un enduit grisâtre très-épais, ce qui détermina à administrer l'émétique, d'abord pour évacuer les saburres qui pouvaient se trouver dans les premières voies, ensuite pour exciter l'économie par les secousses du vomissement. Le tartre stibié fut donné plusieurs fois; parfois il fallut en porter la dose à neuf grains pour exciter le vomissement. Des matières bilieuses furent rejetées, la langue se nettoya; la déglutition devint plus facile; mais la paralysie persistait, ainsi que le paroxysme du soir, constamment accompagné de somnolence. Pendant tout ce temps, la liberté du ventre fut entretenue par des lavemens, soit avec le catholicon ou le vin émétique.

Cependant, quoique Gaget se trouvât bien, et exprimât par des signes qu'elle n'éprouvait aucune douleur, on pouvait remarquer que les forces diminuaient, que l'amaigrissement général faisait des progrès. Du 19 au 24 août, plusieurs selles avec de légères stries sanguinolentes; douleurs légères à l'épigastre, ventre souple, non douloureux; pouls petit, offrant cent vingt pulsations par minute. Le 24 au soir, la déglutition devient très-difficile, les extrémités se refroidissent, une sueur froide couvre tout le corps, la malade jette quelques cris plaintifs, et expire paisiblement le 25 août au matin.

Ouverture du corps. Face pâle, jaune, très-maigre; le tronc et les membres très-grêles. *Tête* : le cerveau était absolument dans son état naturel. Environ une cuillerée à bouche de sérosité san-

guinolente épanchée à la base du crâne. Le prolongement rachidien n'offrait rien de notable; seulement, à la hauteur de la premiére vertèbre sacrée, existait un kyste séreux, transparent, du volume d'une aveline, contenant une sérosité limpide. Ce kyste adhérait à un des cordons nerveux qui forment la queue de cheval. *Thorax* : le larynx, les bronches, les poumons et tous les autres organes parfaitement sains. *Abdomen* : la membrane muqueuse de l'estomac est légèrement injectée vers la grande courbure; celle du duodénum est fortement injectée dans ses deux premières portions; dans le cinquième supérieur du jéjunum, la rougeur est encore plus intense; les valvules ne paraissent pas cependant plus prononcées; l'extrémité inférieure de l'iléon, dans l'étendue d'un pied, est fortement phlogosée; la membrane muqueuse est d'un rouge foncé; elle est épaissie, et ses valvules sont très-développées; les parois de l'intestin ont quatre lignes d'épaisseur. Le gros intestin était sain, ainsi que les autres organes abdominaux, excepté le foie, qui, très-volumineux, était adipocireux.

Stature élevée, tronc régulièrement mais peu développé, éruption précoce des menstrues, qui, par la suite, sont peu abondantes; retour fréquent d'affections catarrhales, et pendant son séjour à l'hôpital; toux fréquente, amaigrissement, coloration des pommettes. Qui n'aurait, comme nous, jugé cette femme affectée de phthisie pulmonaire? qui n'aurait pensé, en voyant après l'accouchement ces symptômes alarmans cesser en partie, que l'enfantement avait seulement suspendu la marche de la consomption pulmonaire?

Cette observation, et beaucoup d'autres nous prouvent combien peu sont connues les maladies de l'encéphale. Chez Gaget, il ne présente aucune altération; chez tel autre individu, qui jamais n'offrit de symptômes d'hémiplégie, un épanchement existe dans l'un des ventricules cérébraux, et cela, nous l'avons observé plusieurs fois à notre grand étonnement. Ce que nous disons ici

du cerveau, nous pourrions également le dire des organes les plus importans de l'économie, qui tous sont susceptibles d'offrir les désordres les plus superficiels à la suite des symptômes les plus aigus, et les désordres les plus profonds après les symptômes les plus légers.

Le tube digestif était le siége d'une inflammation très-vive : quelques stries sanguinolentes, observées dans les selles pendant les derniers jours, l'enduit épais et muqueux de la langue, furent les seuls symptômes qui peuvent s'y rapporter; signes de peu de valeur pour décéler une entérite, surtout quand le ventre est indolent, même à la plus forte pression, et quand les lavemens sont nécessaires pour entretenir la liberté du ventre. Il est probable que cette entérite existait depuis l'indigestion. Peut-être la fièvre intermittente qui survint vingt jours après l'accouchement signalait-elle son développement. Dans tous les cas, elle entretenait certainement le paroxysme du soir. Et il est probable que c'est à cette inflammation qu'il faut attribuer la mort de Gaget.

Nous ne croyons pas que le kyste trouvé dans le canal rachidien ait quelque rapport avec la paralysie; il était trop peu volumineux; et quand il l'eût été davantage, il n'aurait pu causer qu'une paraplégie, vu sa situation.

PROPOSITIONS

DE MÈDECINE.

I.

L'heure et le mode d'invasion de la péritonite sont fréquemment difficiles à déterminer.

II.

Les femmes en couche offrent en général un état bilieux plus ou moins marqué, qui peut être cause occasionnelle d'inflammation de bas-ventre.

III.

La péritonite puerpérale peut être latente avec un épanchement considérable.

IV.

La diarrhée accompagne ordinairement les péritonites puerpérales aiguës, latentes ou chroniques; et après la mort on ne trouve pas de lésions de la membrane muqueuse du canal intestinal.

V.

Le vomissement sympathique n'est pas un symptôme ordinaire de la péritonite puerpérale.

VI.

On ne sait pas pourquoi la péritonite est plus commune que la métrite.

VII.

Dans l'hémiplégie, la pointe de la langue est entraînée du côté paralysé.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile..... *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Mulieri in utero gerenti si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat. *Sect.* 5, *aph.* 3.

III.

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale. *Ibid.*, *aph.* 30.

IV.

Prægnantes purgandæ, si materia turgeat, quadrimestres, et usque ad septimum mensem ; hæ verò minùs. Juniores autem et seniores fœtus cautè vitare oportet. *Sect.* 4, *aph.* 1.

V.

At dolores qui cum febre fiunt circa lumbos et inferiores partes, si septum transversum attigerint, partibus inferioribus relictis, exitiales sunt admodùm. Ad alia igitur signa animum adhibere oportet : nam si ex pravis signis quippiam apparuerit, omni spe destitutus est æger. (*Prænotiones*, *sect.* 2, *præn.* 63.)